



10/17 ans

Saint Aubin des Châteaux

Vacances été 2024

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Nom : Prénom :

Tél mère : Tél père :

Tél ados : Q.F :€

Adresse : Commune :

Mail : Médecin traitant :

ENFANT(S) A INSCRIRE

	<u>1^{er} enfant</u>	<u>2^{ème} enfant</u>	<u>3^{ème} enfant</u>
- Nom
- Prénom
- Date de naissance
SEMAINE 1 (06/08 au 10/08)			
Mardi 06/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi 07/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Judi 08/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi 09/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEMAINE 2 (12/08 au 14/08)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bivouac			

INFORMATION :

Détail du montant : Total montant dû :€

Adhésion ARCEL (12€): OUI NON

Moyen de paiement : Espèce Chèque ANCV Virement bancaire

Deux chèques : 1 pour l'adhésion et 1 pour le règlement des semaines

- Je soussigné, M - Mme - Mlle (Nom et prénom du responsable légal)
- 1- déclare que mon (mes) enfant(s) est (sont) en bonne santé, et couvert(s) par notre assurance responsabilité civile.
- 2- autorise..... à récupérer mon (mes) enfant(s) au centre, le soir, en mon absence.
- 3- autorise mon enfant à partir seul le soir : OUI NON
- 4- vous accorde la permission de publier les photos et vidéos que vous avez prises de mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités du centre : OUI NON

A, le / / 2024

Signature